

高額介護合算療養費・高額医療合算介護（予防）サービス費支給申請のご案内

このお知らせは、あなたの世帯における後期高齢者医療制度の被保険者の方が高額介護合算療養費・高額医療合算介護（予防）サービス費の支給対象となったため、送付しています。

後期高齢者医療制度の被保険者本人がお亡くなりになられている場合は、相続人のうちお一人が、高額介護合算療養費・高額医療合算介護（予防）サービス費の受領申立てを行い、同封の書類に必要事項を記入の上、申請してください。

なお、支給は医療保険と介護保険のそれぞれの保険者から、被保険者ごとに行われます。

高額医療・高額介護合算療養費制度とは？

同一世帯内の後期高齢者医療制度の加入者の方について、1年間（毎年8月1日～翌年7月31日）に「医療保険」と「介護保険」の両方に自己負担があり、その自己負担額の合計が「限度額＋500円」を超えた場合、申請により限度額を超えた額を支給し、被保険者の負担を軽減する制度です。（限度額は下の表のとおり）

負担割合	所得区分	後期高齢者医療制度+介護保険の自己負担限度額（年額） （令和3年8月分から令和4年7月分まで）
3割	現役並み所得者Ⅲ	212万円
	現役並み所得者Ⅱ	141万円
	現役並み所得者Ⅰ	67万円
1割	一般	56万円
	低所得Ⅱ	31万円
	低所得Ⅰ	19万円

※ 限度額は世帯単位で適用し、所得区分は毎年7月31日時点の医療保険の所得区分を適用します。

※ 高額療養費（外来年間合算を含む）や高額介護サービス費等として支給された額は、合算計算上の自己負担額には含まれません。また、入院等における食費・居住費や介護保険の住宅改修費等についても合算の対象には含まれません。

1. 送付物

- ・高額介護合算療養費・高額医療合算介護（予防）サービス費の支給申請について（お知らせ）
- ・本状「高額介護合算療養費・高額医療合算介護（予防）サービス費支給申請のご案内」
- ・高額介護合算療養費等支給申請書兼自己負担額証明書交付申請書（以下「申請書」という）（令和5年2月24日時点で、被保険者をご健在の場合、申請書裏面は「委任状」、お亡くなりになられている場合、申請書裏面は「受領申立書」となっています。）
- ・返信用封筒（市・町宛 ※神戸市は、神戸市行政事務センター宛）

2. 申請書の記入方法

- ・裏面の「申請書の記入方法」をご参照ください。
- ・消えないボールペン等でご記入ください。

3. 申請書の提出方法（①、②どちらかの方法での申請になります。）

別紙2-3（表）

- ① 郵送による申請
申請書等に記入の上、必要書類を添えて同封の返信用封筒に入れて送付してください。
- ② 窓口での申請
返信用封筒記載の市役所（神戸市の場合は、区役所・支所）、町役場の後期高齢者医療制度担当窓口で申請してください。

＜郵送または窓口を持参いただくもの＞

【被保険者本人がご健在の場合】

- 1. 申請書：申請者または口座名義人が被保険者以外の場合は、申請書裏面の委任状に必ず記入してください。
- 2. 本人確認書類（官公署発行の顔写真付き証明書または兵庫県後期高齢者医療被保険者証）
※郵送の場合：申請者と口座名義人が被保険者本人でない場合は委任状の記入及び被保険者の本人確認書類（写し）を同封して送付してください。
（※申請者と口座名義人が被保険者本人の場合は不要です。）
※窓口申請の場合：窓口に来られる方の本人確認書類をお持ちください。なお、委任状の記入がある場合は、被保険者の本人確認書類もお持ちください。
- 3. 登記事項証明書（写し）：成年後見人等が手続きをされる場合は提出してください。
（※成年後見人等の本人確認書類も併せて提出してください。）
- 4. 通帳等（口座番号等が確認できるもの）※窓口申請の場合のみ

【被保険者本人がお亡くなりになられている場合】

- 1. 申請書：申請書裏面の受領申立書に必ず記入してください。
※申請書裏面が委任状になっている場合は、下記問合せ先にご連絡いただくか、窓口申請の際にお申出ください。
- 2. 本人確認書類（官公署発行の顔写真付き証明書または兵庫県後期高齢者医療被保険者証）
※郵送の場合：申立人の本人確認書類（写し）を同封し、送付してください。
※窓口申請の場合：申立人と窓口に来られる方の本人確認書類をお持ちください。
- 3. 被保険者と申立人の関係（続柄）が分かるもの（写し可）
※法定相続人である場合：戸籍謄本（抄本）。なお、被保険者（被相続人）と申立人（相続人）が住民票上同じ世帯の場合は、添付不要です。
※遺言等により申立人（相続人）に指定された場合：遺言状・公正証書等
- 4. 通帳等（口座番号等が確認できるもの）※窓口申請の場合のみ

4. 注意していただきたい点

- （1）同一世帯の被保険者全員に申請いただく必要がありますので、同封の申請書すべてにご記入の上、提出してください。
- （2）このお知らせが届いた日の翌日から2年以内に申請してください。2年が経過した後は、時効のため申請できなくなりますのでご注意ください。

5. 公金受取口座をご希望の方へ

申請書に記載の被保険者本人に限り、公金受取口座への給付が可能です。公金受取口座への給付をご希望の場合は、対応の申請書を送付いたしますので、下記問合せ先にご連絡ください。
（※申請書受付時点で公金受取口座の登録が完了している必要があります。）

- 6. 問合せ先 兵庫県後期高齢者医療広域連合給付課（コールセンター）
電話 （078）326-2023

（裏面もご確認ください）

別紙2-3 (裏)

申請書表面

申請書の記入方法(氏名欄の被保険者がご健在の場合)

申請形態

氏名

広域 太郎

生年月日

昭和 2年 1月 1日

個人番号

令和 3年 8月 ~ 令和 4年 7月

保険資格情報

これらの被保険者について、①・②の枠内を記入してください。

金融機関名・支店名・種目・口座番号・口座名義人は必ず記入してください。
金融機関コード・店舗コードがご不明な場合は、空欄のままです。

口座名義人が被保険者本人以外の場合は、
申請書裏面の委任状も記入してください。

保険者番号

281105

被保険者番号

0012345678

保険者名称

神戸市中央区

加入期間

8月 1日 から 令和 4年 7月31日まで

支給方法

口座管理番号

振込口座記入欄

振込口座

〇〇〇〇

信金・組合
協同組合

1

1

1

1

△△△△

支店

1

1

1

1

種目

1

2

3

4

5

6

7

口座番号

1

2

3

4

5

6

7

口座名義人(カタカナ)

コウイキ タロウ

振込先口座管理番号

保険者名

加入期間

添付の自己負担額証明書整理番号

備考欄

申請者は、原則として被保険者本人でお願いします。
次のA・Bの条件を両方満たす場合には、被保険者以外の方の代筆が可能です。
A. 被保険者の意思表示は確認できるが、身体上の都合により、
被保険者本人が自書できない状態であること
B. 振込先の口座名義人が、被保険者本人と同一であること
代筆された場合は、以下の項目を記入してください。
1. 申請者欄(②の枠内)に被保険者の住所・氏名・電話番号・申請年月日
2. 備考欄(③の枠内)に代筆者の氏名・電話番号・被保険者との続柄

申請者欄

2

650-0021

令和 5年 4月 1日

神戸市中央区三宮町1-9-1-1201

申請者氏名

広域 太郎

電話番号

(078) 326 - 2023

2

人中

1

人目

1

枚中

1

枚目

別紙2-3 (裏)

申請書表面

申請書の記入方法(氏名欄の被保険者がお亡くなりになられている場合)

申請形態

氏名

広域 太郎

生年月日

昭和 2年 1月 1日

個人番号

令和 3年 8月 ~ 令和 4年 7月

保険資格情報

これらの被保険者について、①・②の枠内および申請書裏面の受領申立書に記入してください。

金融機関名・支店名・種目・口座番号・口座名義人は必ず記入してください。
金融機関コード・店舗コードがご不明な場合は、空欄のままです。

口座名義人が申立人(相続人)以外の場合は、
申請書裏面の受任者欄も記入してください。

保険者番号

281105

被保険者番号

0012345678

保険者名称

神戸市中央区

加入期間

8月 1日 から 令和 4年 7月31日まで

支給方法

口座管理番号

振込口座記入欄

振込口座

〇〇〇〇

信金・組合
協同組合

1

1

1

1

△△△△

支店

1

1

1

1

種目

1

2

3

4

5

6

7

口座番号

0

9

8

7

6

5

4

口座名義人(カタカナ)

コウイキ ハナコ

振込先口座管理番号

保険者名

加入期間

添付の自己負担額証明書整理番号

備考欄

原則として、申立人(相続人)が
申請してください。

2

650-0021

令和 5年 4月 1日

神戸市中央区三宮町1-9-1-1201

申請者氏名

広域 花子

電話番号

(078) 326 - 2023

2

人中

1

人目

1

枚中

1

枚目

申請書裏面

委任状欄は、次の場合に記入してください。
・被保険者以外が申請する場合
・被保険者名義以外の銀行口座に振込を希望する場合

委任者(被保険者)

住所

被保険者本人が住所・氏名を
記入してください。

委任状を記入いただいた日を
記入してください。

申請に関する権限

氏名

被保険者との続柄

生年月日

電話番号

住所

申請者氏名が被保険者本人と異なる場合に、
申請者の住所・氏名等を記入してください。

受領に関する権限

氏名

被保険者との続柄

生年月日

電話番号

口座名義人が被保険者本人と異なる場合に、
口座名義人の住所・氏名等を記入してください。

上記委任状欄を記入して、窓口申請書をお持ちの
郵送の場合は、委任者(被保険者)の次に示す書類を添付してください。

市区町職員
記入欄

本人確認書類

確認日付

担当者

運転免許証

後期高齢者医療被保険者証

マイナンバーカード

申請書裏面

高額介護合算療養費・高額医療合算介護(予防)サービス費受領申立書

兵庫県後期高齢者医療広域連合 宛
神戸市中央 市・区 町長 宛

相続人(被保険者との続柄: 妻)
(〒 650 - 0021)
住所 神戸市中央区三宮町1-9-1-1201
電話 078-326-2023
氏名 広域 花子

申立人(相続人)の住所・氏名・電話番号・
続柄を記入してください。

被保険者(被相続人)

後期高齢者医療被保険者番号

0

1

2

3

4

5

6

7

介護保険被保険者番号

0

0

1

2

3

4

5

6

7

8

氏名

広域 太郎

神戸市中央区三宮町1-9-1-1201

令和 4年 8月 15日

介護(予防)サービス費については表面申請書に記載
によって支払の効力が生ずることについて異議ありません。
合は、下記受任者欄に受領委任します。
合は下記受任者欄は記入不要です。)

受任者(口座名義人)

氏名

申立人
との続柄

生年月日

年 月 日

市区町職員
記入欄

本人確認書類

確認日付

担当者

運転免許証

後期高齢者医療被保険者証

マイナンバーカード

申立人となる相続人氏名
を記入してください。

申請書氏名欄に記載されている
被保険者氏名を記入してください。

申請書表面の後期高齢者
医療被保険者番号および
介護保険被保険者番号を
記入してください。

お亡くなりになられ
た被保険者の氏名・
住所・死亡年月日を
記入してください。

【続柄図】
<記入方法>
枠内に相続人(申立人)と被相続人の氏名だけを記入してください。
①夫・妻
被相続人(死亡者)
③兄・弟 姉・妹
甥・姪(代襲相続者)

※①～③は相続にかかる優先順位です。
相続関係がわかるものを添付ください(コピーでかまいません)
例1 戸籍謄本(抄本)
なお、被保険者(被相続人)と申立人(相続人)が住民票上、同じ世帯の場合は、
申立人(相続人)の氏名を記入してください。
申立人(相続人)と被相続人の氏名だけを記入してください。
申立人(相続人)の氏名を記入してください。
申立人(相続人)の住所・氏名・電話番号・続柄を記入してください。
申立人(相続人)の住所・氏名・電話番号・続柄を記入してください。

記入内容や添付書類に不備があると支給が遅れる場合がありますので、提出前に必ず内容をご確認ください。